

110 年公務人員高等考試三級考試試題

類 科：衛生行政

科 目：衛生法規與倫理

魯葦老師

一、有鑑於印度疫情升溫，變種病毒傳染力很強，中央流行疫情指揮中心（以下稱指揮中心）宣布自 110 年 5 月 4 日起，14 天內曾有印度旅遊史之旅客，應配合集中檢疫及採檢。國人某甲從印度返國，被要求集中檢疫，不得居家檢疫。但第 7 天時，某甲因為有躁鬱症，無法忍受成天單獨待在狹小又一成不變的房內，希望居家檢疫，主張集中檢疫違反比例原則，要求改以居家檢疫方式進行。試問：

(一)集中檢疫限制了某甲的什麼權利？是為了實現什麼樣的公益？（5 分）

(二)何謂比例原則？（5 分）

(三)指揮中心對某甲的集中檢疫是否符合比例原則？指揮中心之檢疫應該留意何種倫理或原則？（10 分）

(四)某甲對集中檢疫不服，依現行法有何救濟途徑？（5 分）

【擬答】：

(一)1. 憲法第 10 條：

人民有居住及遷徙之自由。

憲法第 23 條：

「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」

2. 自重點高風險國家旅客曾暴露 Delta 變異株之風險較高，為降低 Covid-19 病毒於社區傳播風險，爰依傳染病防治法及與嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例相關規定，要求 14 天內具該類國家旅遊史者入境後，僅可至人員管制嚴謹之政府「指定」集中檢疫所集中管理。當事人除了未能由個人選擇入住不同消費等級之防疫旅宿外，亦無法依其意願選擇集中檢疫所地點，該措施屬於強制規定，爰以公費支應具重點高風險國家旅遊史者之集中檢疫所費用。

(二)比例原則是衡量手段是否過度的標準，手段與目的之間必須適當，司法院大法官解釋多次引憲法第 23 條為比例原則之依據。此原則包括：合適性原則（採取的手段必須有助於目的之達成）、必要性原則（各種手段中，必須選擇對權利侵害程度最小的手段）及狹義比例原則（手段造成的損害，必須小於目的所欲達成的利益）。

(三)1. 依憲法第 23 條：「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」，綜上所述，因此不違背比例原則之依據。

2. 醫學倫理中重要的四大原則：

(1) 尊重自主原則：強調尊重個案的尊嚴與自主性，例如不隱瞞個案之病情及診斷、保護個案的隱私及強調知情同意的重要性。

(2) 不傷害原則：強調醫療人員謹慎地執行以達到適當的照顧標準。此原則的精神在於不要傷害、防止傷害以及除去傷害。避免讓個案承擔任何不當的、受傷害的風險。

(3) 行善原則：指在不傷害他人之外，進一步關心並致力提升個案的福祉。所有醫療行為一切應以個案的利益為前提。

公職王歷屆試題 (110 高考三級)

(4)正義原則：公平地分配醫療資源、尊重個案的權利及尊重道德允許的法律。

(四)可依訴願法第 58 條第 1 項規定，繕具訴願書經原行政處分機關向訴願管轄機關提起訴願。

二、按精神衛生法，論述精神疾病強制住院與強制社區治療事項的中央負責單位。(5 分)請說明針對緊急安置與強制社區治療的條件與程序。(20 分)

【擬答】：

衛生福利部心理及口腔健康司

精神衛生法 第 15 條

精神疾病強制住院、強制社區治療有關事項，由中央主管機關精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會(以下簡稱審查會)審查。

前項審查會成員，應包括專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、法律專家及其他相關專業人士。

審查會召開審查會議，得通知審查案件之當事人或利害關係人到場說明，或主動派員訪查當事人或利害關係人。

審查會組成、審查作業及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法	精神疾病嚴重病人強制社區治療作業辦法
<p>第 1 條 本辦法依精神衛生法(以下稱本法)第四十一條第四項規定訂定之。</p> <p>第 2 條 精神醫療機構評估嚴重病人有接受緊急安置之必要時，應即通報地方主管機關為必要之處置。</p> <p>第 3 條 緊急安置得以下列方式為之： 一、限制嚴重病人活動之區域範圍。 二、拘束嚴重病人之身體或限制其行動自由。 三、給予嚴重病人藥物或其他適當治療、處置。 四、其他合理可行且限制最小之保護措施。 前項緊急安置措施，得於指定精神醫療機構(以下稱指定機構)之急診、病房或其他適當場所為之。</p> <p>第 4 條 指定機構向審查會申請許可強制住院，應檢具下列文件： 一、強制住院基本資料表。 二、通報表。</p>	<p>第 1 條 本辦法依精神衛生法(以下稱本法)第四十六條第三項規定訂定之。</p> <p>第 2 條 指定精神醫療機構(以下稱指定機構)對有下列情況之嚴重病人，得向精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會(以下稱審查會)申請許可施予強制社區治療： 一、不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞時。 二、經專科醫師診斷有接受社區治療之必要，但拒絕接受時。 三、經指定專科醫師(以下稱指定醫師)診斷，有施予社區治療之必要，但嚴重病人拒絕接受或無法表達時。</p> <p>第 3 條 指定機構向審查會申請許可強制社區治療，應檢具下列文件： 一、強制社區治療基本資料表。 二、通報表。 三、嚴重病人之意見說明。 四、保護人之意見書。 五、相關診斷證明文件及病歷摘要。 六、治療計畫摘要。</p>

<p>三、嚴重病人之意見說明。</p> <p>四、保護人之意見書。</p> <p>五、相關診斷證明文件及病歷摘要。</p> <p>六、審查會指定之其他文件。</p> <p>前項第四款之文件，於保護人未確定前之申請案件，應於保護人確定後立即補正。</p> <p>第 5 條 延長嚴重病人強制住院之申請，應於原許可強制住院期間屆滿前十四日為之。前項申請，應檢附前條所定文件及前次強制住院許可證明。</p> <p>第 6 條 審查會認為申請文件有欠缺、錯誤、內容不明確或有疑義需予更正、補正或說明時，指定機構應於接獲通知後立即更正、補正或提供書面說明。</p> <p>第 7 條 嚴重病人於非強制住院期間，拒絕繼續住院，但經評估有緊急安置之必要時，應即通報地方主管機關為必要之處置。</p> <p>第 8 條 嚴重病人之保護人或其他關係人有不當妨礙緊急安置或強制住院措施時，指定機構得請求警察機關到場協助。</p>	<p>七、其他審查會指定之文件。</p> <p>強制社區治療有依本法第四十六條第二項不以告知病人方式為之之必要時，得免檢具前項第三款之文件。但應於前項第六款之治療計畫摘要中說明理由。</p> <p>第 4 條 延長強制社區治療之申請，應於強制社區治療期間屆滿前十四日為之。前項申請，應檢附前條第一項文件及前次許可證明文件，向審查會為之。</p> <p>第 5 條 前二條之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之，但應於七日內補送書面文件。審查會認為申請文件有欠缺、錯誤、內容不明確或有疑義需予更正、補正或說明時，指定機構應於接獲通知後立即更正、補正或提供書面說明。</p> <p>第 6 條 強制社區治療依其服務項目，應置下列人員及設施： 一、提供藥物治療者，應有二年以上臨床工作經驗精神科醫師，每月至少診察二次。 二、提供藥物之血液或尿液濃度檢驗、酒精或其他成癮物質篩檢者，應有醫事檢驗師及相關檢驗設備，或委託具相關檢驗能力之醫事檢驗機構辦理代檢。 三、提供避免病情惡化或提升病人適應生活機能之服務措施者，應有具相關專業之精神科醫師、護理人員、職能治療師（生）或社會工作人員等。</p> <p>第 7 條 置有前條人員及設施之下列機構或團體，得向地方主管機關申請許可辦理各該項目之強制社區治療： 一、指定精神醫療機構。 二、中央主管機關評鑑合格之精神復健機構。 三、依法立案，並經中央主管機關認可之病人社區照顧、支持或相關權益促進團體。</p> <p>前項申請，應檢具下列有關文件： 一、服務說明書，其內容應包括個案管理制度、作業流程、服務項目與量能等。 二、協同執行強制社區治療計畫之其他機構或團體名單、合作機制及合約書影本。</p>
--	--

三、報備支援之專科醫師核可文件影本。

四、其他經地方主管機關指定之文件。

第 8 條

地方主管機關對於前條之申請，經實地查核合格者，得公告為指定辦理強制社區治療項目之機構或團體（以下稱指定機構或團體），指定有效期間為三年。

前項實地查核，地方主管機關得委託相關專業機構或團體辦理。

第一項指定機構或團體效期屆滿前三個月內，得申請展延效期，其程序準用前條第二項之規定。其經書面審查合格者，得每次展延三年。

第 9 條

強制社區治療應依指定醫師之診斷及處方之治療項目，於適當之指定機構或團體為之。

第 10 條

地方主管機關應將指定機構或團體名單，於完成指定或展延後三十日內報請中央主管機關備查，並送當地警察及消防機關參考。

第 11 條

指定機構或團體對安排於協同執行之機構或團體治療中之病人負共同治療責任。

第 12 條

指定機構或團體執行強制社區治療時，應告知嚴重病人治療之方式與目的。但告知顯有礙治療之執行，致難以達到強制社區治療之目的者，不在此限。

前項以不告知嚴重病人方式為之者，指定機構或團體應於相關文件載明事實理由，並應告知保護人，取得其書面同意。

第 13 條

經許可施予強制社區治療之嚴重病人拒絕接受時，指定機構或團體得請求警察機關派員協助執行，並應通知其保護人。

第 14 條

強制社區治療之嚴重病人有轉介至其他醫療機構或指定機構或團體之必要時，應通報審查會及地方主管機關。

前項轉介，於有必要時，得請地方主管機關協助處理。

三、請說明全民健康保險法第 43 條部分負規定，與現行全民健保部分負擔執行情況之差異。(25 分)

【擬答】：

(一)全民健康保險法 第 43 條

保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。

第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。

(二)現行全民健保部分負擔執行情況：

全民健康保險部分負擔的設計是為避免醫療浪費，同時不致影響真正有需要的人就醫，自開辦後，門、急診之部分負擔已經調整多次，同時也藉以導正醫療資源利用，使不同層級醫療院所各司其職。為鼓勵民眾小病到當地診所就醫，需要進一步檢查或治療時再轉診到區域醫院、醫學中心等大醫院，健保署自 2005 年 7 月 15 日起推出若配合轉診則不加重部分負擔之設計，門診基本部分負擔亦配合修正。其中，西醫門診基本部分負擔按「未轉診」及「轉診」兩種方式計收。民眾若未經轉診直接到醫學中心、區域醫院、地區醫院就醫，就會付比較高的部分負擔。牙醫、中醫不分層級一律計收 50 元。

此外，民眾看病時，如藥費超過一定金額，則須加收藥品部分負擔(上限 200 元)。同一療程中接受第 2 次以上的復健物理治療(中度—複雜、複雜項目除外)或中醫傷科治療，每次須自行繳交 50 元的部分負擔費用，但凡因重大傷病、分娩、山地離島地區就醫者及其他符合健保署規定者，均免收部分負擔。自 2016 年 6 月起健保署加強推動分級醫療，以鼓勵民眾有病症先至基層院所就醫，有需要再轉診至適當科別院所，以強化大醫院專注於治療急重症及醫學研究的功能，基層院所則成為提供病患全面性初級照護的第一線守門員，2017 年 4 月 15 日公告修正西醫門診基本部分負擔，轉診至醫學中心及區域醫院就醫調降 40 元，未經轉診逕至醫學中心就醫調升 60 元。另急診部分負擔，則依檢傷分類級數計收，以落實雙向轉診。

此外，於醫療資源缺乏地區就醫的民眾，部分負擔費用均可減免 20%，且居家照護之部分負擔費用比率由原來 10%調降為 5%，以嘉惠醫療資源缺乏地區及外出就醫困難之民眾。

四、請說明二代健保實施後全民健保主要財務籌措方式，並申論現行財務籌措方式相對於一代健保是否能增進財務分擔的公平性。(25 分)

【擬答】：

(一)2013 年二代健保實施後建立收支連動的機制，將「全民健康保險監理委員會」(收入面監督)及「全民健康保險醫療費用協定委員會」(支出面協定)整併為「全民健康保險會」，並由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，針對保險費率及保險給付範圍進行審議，並協議訂定及分配年度醫療給付費用總額，期透過收支連動機制，確保長期財務穩定。

(二)二代健保實施後，因擴大費基收繳補充保險費及政府總負擔比率提高等財源挹注，保費收取更符合量能負擔的公平原則，財務亦明顯改善。故依據「全民健保財務平衡及收支連動

公職王歷屆試題 (110 高考三級)

機制」，自 2016 年 1 月 1 日起，一般保險費費率由 4.91% 調降為 4.69%，補充保險費費率連動由 2% 調降為 1.91%。此外，為回應民情，自 2016 年起執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入單次給付金額扣取下限由 5,000 元調整為 2 萬元；另加強資本利得補充保險費查核及監控；截至 2020 年 6 月底保險收支累計結餘為 1,522 億元。因人口老化及醫療科技進步等因素，長期仍將面臨財務壓力，健保署將持續進行制度檢討，並研議更穩健之財務制度，以確保長期財務健全，負擔更加公平合理。2021 年 1 月 1 日起一般保險費費率調整為 5.17%，補充保險費費率調整為 2.11%，第 4 類及第 5 類保險費調整為 1,825 元，第 6 類保險費調整為 1,377 元。

(三)二代健保實施後，除了以經常性薪資對照投保金額所計算出的「一般保險費」之外，再加上「補充保險費」，把以往沒有列入投保金額計算的高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得或租金收入等項目，納入「補充保險費」的計費基礎，計收補充保險費。希望藉由擴大保險費基，拉近相同所得者之保險費，達到負擔之公平性，低收入戶之保險對象則不列為補充保險費之收取對象。另外，雇主每月所支付薪資總額與其受僱者當月投保金額總額間之差額，亦增列為計費基礎，收取補充保險費；2019 年全年補充保險費計收約 475 億元，占同年保險費收入約 7.65%。

(四)健保財務收支情形：

健保歷年保險收支自 1998 年起開始發生短絀，至 2007 年 3 月底，累計健保財務收支首度呈現短絀，故自 2010 年 4 月起調整保險費率，歷年保險收支自 2012 年 2 月開始轉虧為盈，另受二代健保財務新制影響，增加補充保險費及政府應負擔健保總經費下限提高至 36% 的規定，至 2020 年 6 月累計收支結餘為 1,522 億元。